Wniosek o Refundację

Prosimy o zaznaczenie, z jakiego tytułu ubiega się Pan/Pani o Refundację kosztów leczenia:

- ☐ Refundacja „Twój wybór”*
- ☐ Refundacja „Dyżur stomatologiczny”**
- ☐ Refundacja wizyt domowych**

*Uprawniony zdecydował o usłudze poza placówkami wskazanymi przez Wartę.
**Dostępne wyłącznie po otrzymaniu telefonicznej zgody na dedykowanej usłudze Infolinii.

Wypełniony Wniosek, wraz z kompletem dokumentów, prosimy przesłać na adres:
E-mail: warta.zgloszenia.roszczenia@luxmed.pl
lub na adres pocztowy:
LUX MED Sp. z o.o.
Departament Zarządzania Siecią Poddostawców i Refundacji
ul. Szturmowa 2
02-678 Warszawa
Z dopiskiem: Refundacja Warta
Dedykowany numer Infolinii dla Klientów Warty **+48 223322883**

Dane osoby uprawnionej do Refundacji (dane Osoby, która skorzystała ze świadczeń objętych Refundacją):

Nazwisko*: ..... Imię*: .....
PESEL*: ..... Data urodzenia* (w przypadku braku nr PESEL): .....
Seria i numer dokumentu tożsamości*: ..... Telefon komórkowy*: .....
Obywatelstwo*: .....
Kraj urodzenia* (w przypadku braku nr PESEL): .....

E-mail:**.....

**Podając powyższy adres mailowy wyrażam jednocześnie zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie „Wniosku o wypłatę świadczenia” w formie korespondencji mailowej na ww. adres.

Dane osoby do kontaktu (dane przedstawiciela ustawowego, rodzica lub opiekuna – w przypadku Refundacji usług wykonywanych dla dzieci do 18. r.ż.):

Nazwisko: ..... Imię:.....
Telefon komórkowy: .....

Adres do korespondencji*:

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....
Miejscowość: ..... Kod-pocztowy: .....-..... Poczta: .....

Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek*:
Bank/oddział*: .....
Właściciel*: .....
Nr rachunku*: .....

*Pole obowiązkowe.

Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych

1. **Warunkiem** rozpatrzenia „Wniosku o wypłatę refundacji" **jest dołączenie do Wniosku kopii dokumentu tożsamości**. Jest to wymóg ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w zakresie weryfikacji tożsamości klientów nieobecnych (w przypadku polskiego dowodu osobistego wystarczy kopia drugiej strony dokumentu). W przypadku realizacji usługi przez osobę niepełnoletnią, prosimy o dostarczenie kopii dokumentu tożsamości przedstawiciela ustawowego. Wypłata odbywa się po pozytywnej weryfikacji osoby uprawnionej do Refundacji. Dokument zostanie użyty tylko i wyłącznie w tym celu. Dowód osobisty zostanie wykorzystany przez LUX MED sp. z o.o. i Wartę w celu realizacji Wniosku o Refundację.
2. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy ubezpieczenia, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
3. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń wynikających z warunków zawartej Umowy ubezpieczenia, które zostały wykonane wyłącznie na rzecz Uprawnionych. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych, które nie są imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze świadczenia przez Uprawnionego.**
4. Uprawniony oświadcza, że nie ubiegał się i nie będzie się ubiegał o zwrot poniesionych kosztów w ramach niniejszego Wniosku z innego źródła.
5. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności zgodnie z warunkami przewidzianymi przez przepisy Kodeksu Cywilnego.
6. W poniższej tabeli prosimy wskazać wykonane usługi, których dotyczy Wniosek o Refundację. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.

Nr	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury/rachunku
1				
2				
3				
4				
5				
6				

..... Data

..... Miejscowość

..... Podpis

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

1. Kopia dokumentu tożsamości:..... sztuk
2. Kopie skierowań:..... sztuk
3. Faktury/rachunki: ..... sztuk
4. Inne:..... sztuk

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 50 05, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000265353
NIP: 527 252 30 80
REGON: 140723603
Wysokość kapitału zakładowego: PLN 676 123 500,00